FICHA B-DIA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA														ANO		
MUNICÍPIO	SEGMENTO			UNIDADE			ÁREA			MICROÁREA			OME [	OO AC			
				ACOM	1PAN	HAM	ENTO	DE D	IABÉ	TICO	S						
Identificação		Sexo	Idade														
lacitan	louşuo	бело	ladac		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observações
Nome: Endereço:				Data da visita do ACS													
				Faz dieta													
				Faz exercícios físicos													
				Usa insulina													
				Toma hipoglicemiante oral													
				Data da última consulta													
Nome:				Data da visita do ACS													
				Faz dieta													
Endereço:				Faz exercícios físicos													
				Usa insulina													
				Toma hipoglicemiante oral													
				Data da última consulta													
Nome:				Data da visita do ACS													
				Faz dieta													
Endereço:				Faz exercícios físicos													
				Usa insulina													
				Toma hipoglicemiante oral													
				Data da última consulta													
Nome: Endereço:				Data da visita do ACS													
				Faz dieta													
				Faz exercícios físicos													
				Usa insulina													
				Toma hipoglicemiante oral													
				Data da última consulta													

## ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS

Identificação	Sexo	Idade	Meses									Observações				
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observações
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
Endereço:			Faz exercícios físicos													
			Usa insulina													
			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
			Faz exercícios físicos													
Endereço:			Usa insulina													
•			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
			Faz exercícios físicos													
Endereço:			Usa insulina													
•			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome:			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
			Faz exercícios físicos													
Endereço:			Usa insulina													
			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													